



Begäran om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Dina personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobil
E-postadress	

Jag ansöker om

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistans § 9:2 | <input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år § 9:7 |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice § 9:3 | <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn/unga § 9:8 |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson § 9:4 | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna § 9:9 |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet § 9:5 | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet § 9:210 |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet § 9:6 | |

Förhandsbesked Inflyttning till Mora kommun och datum: _____

Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning (inkl. eventuella diagnoser)

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp

För att kunna göra en bedömning om rätten till insats enligt LSS ska den sökande inkomma med inytg/uppgifter som biståndshandläggaren bedömer är av betydelse för utredningen.

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta muntliga och skriftliga uppgifter/underlag från följande myndigheter/verksamheter om så behövs under utredningstiden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vuxenpsykiatri /Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) | <input type="checkbox"/> Försäkringskassa |
| <input type="checkbox"/> Geriatrik- och rehabiliteringsmedicin (Rehab) | <input type="checkbox"/> Socialtjänst |
| <input type="checkbox"/> Habilitering | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling |
| <input type="checkbox"/> Skola/Förskola | |
| <input type="checkbox"/> Vårdcentral, ange vilken: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Annan myndighet/verksamhet, ange vilken: _____ | |

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta uppgifter från följande personer (exempelvis anhörig eller annan viktig person), om så behövs under utredningstiden:

Tolk önskas vid möten med myndigheten. Språk: _____

Person som varit behjälplig vid ansökan

Namn	Relation till sökande
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	E-postadress

Underskrift av sökande /vårdnadshavare* /legal ställföreträdare**

* Vid gemensam vårdnad om barn under 18 år ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan.

** Om ansökan görs av god man/förvaltare skall registerutdrag om ställföreträdarskap bifogas.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Mora kommun kommer att behandla dina/era personuppgifter för myndighetsutövning och andra arbetsuppgifter inom nämndens verksamhetsområde.

Uppgifterna används enligt dataskyddsförordningens artikel 6.1. Uppgifterna förvaras i ett dokument- och ärendehanteringssystem/verksamhetssystem och gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan.

Uppgifterna kan komma att överföras till andra system inom kommunen samt externa myndigheter/ verksamheter. För mer information om detta så kontaktar du förvaltningens dataskyddskontaktperson.

Läs mer om personuppgifter och behandling av personuppgifter på www.morakommun.se